

## 問診票

千仁会

(フリガナ)		男	生年月日 (満 才)
お名前		女	大・昭・平・令 年 月 日
ご住所	〒	お電話番号 (繋がりやすい) - - ご勤務先 (学校名)	

どうなさいましたか	<input type="checkbox"/> 歯が痛い(しみる・ズキズキ痛い・かむと痛い・はれた・その他) <input type="checkbox"/> 口臭がある <input type="checkbox"/> 歯ぐきから血が出る <input type="checkbox"/> 入れ歯が合わない/入れ歯を入れたい <input type="checkbox"/> 学校健診の紙をもらった <input type="checkbox"/> ハガキが届いた <input type="checkbox"/> 定期健診 (歯石とり/着色とり/ヤニとり/クリーニング/虫歯・歯周病チェック) <input type="checkbox"/> その他 ( )
当院をお知りになった理由は	<input type="checkbox"/> 家、職場が近い <input type="checkbox"/> グループ歯科から <input type="checkbox"/> インターネット(ホームページ・EPARK・Instagram・その他) <input type="checkbox"/> 評判を聞いて ⇒ 当院にかかられている方を教えてください <u>お名前</u> (親・配偶者・子・親戚・友人・職場関係・その他)
診療についてご希望があれば	<input type="checkbox"/> 痛いところ・困っているところだけを治してほしい <input type="checkbox"/> お口の中の全体を見てほしい (自分では気づいていないところを教えて欲しい) <input type="checkbox"/> 自分の歯について相談の時間を設けて欲しい
歯科矯正について	歯科矯正をしたことが <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> なし (クリニック名 )
現在の健康状態は	※女性の方のみ <input type="checkbox"/> 妊娠中 ( ヶ月、予定日 月 日 ) <input type="checkbox"/> 授乳中
喫煙習慣	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 過去にあり
今までにかかった病気は	<input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 心血管疾患 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 低血圧 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症 <input type="checkbox"/> 呼吸器疾患 <input type="checkbox"/> その他
現在治療中の病気はありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい⇒ ( )
次のようなことがありますか	<input type="checkbox"/> 傷が化膿しやすい <input type="checkbox"/> ジンマシンが出やすい <input type="checkbox"/> 湿疹が出やすい <input type="checkbox"/> 口内炎にかかりやすい <input type="checkbox"/> 下痢しやすい <input type="checkbox"/> 風邪を引きやすい <input type="checkbox"/> 薬を飲むと胃が悪くなる <input type="checkbox"/> 血が止まりにくい <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> アレルギー ( <input type="checkbox"/> 薬 <input type="checkbox"/> 食品 <input type="checkbox"/> 花粉症 <input type="checkbox"/> その他 ) <input type="checkbox"/> その他( )
定期的に健康診断は受けていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 最後に受けたのはいつですか? ⇒ ( )
現在飲んでいる薬ありますか	<input type="checkbox"/> 飲んでいない <input type="checkbox"/> ビタミン剤 <input type="checkbox"/> ホルモン剤 <input type="checkbox"/> 血圧の薬 <input type="checkbox"/> 糖尿病の薬 <input type="checkbox"/> 血が止まりにくくなる薬 <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症の薬 <input type="checkbox"/> その他 ( )

裏面に続きます

歯科治療で気分が悪くなったことはありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい どのようなときですか？⇒ ( )
治療に関するアンケート～該当するものを選んでください <input type="checkbox"/> とにかく治療にかかる費用が少ないことが最も重要である <input type="checkbox"/> 費用は少ない方が良いが治療の違いについて説明を受けた上で治療方法を検討したい <input type="checkbox"/> 費用に関わらず、自分の状態に合った最善の治療を提案してほしい <input type="checkbox"/> 来院回数が増えても、治療時間を短くしてほしい <input type="checkbox"/> 月 日までに治療を終えてほしい 理由もお聞かせください⇒ ( )	
その他、気になることやご希望がございましたらご記入ください	

## スマイル・チェックシート

※わかるところをチェック、またはご記入ください。

1. あなたはご自分の歯を残すために、定期的に歯のクリーニングを受けたいと思われますか？

はい いいえ その理由は？ \_\_\_\_\_

2. あなたはご自分の口もとが気になりますか？ はい いいえ

3. くちもとが気になり始めたきっかけは何ですか？

写真を見て 人に言われて 鏡を見て 雑誌を読んで

4. いつ頃から気になりはじめましたか？

数ヶ月前から 2～3年前から 子供の頃から

5. あなたは次のどのことが気になりますか？

(クリーン)

口臭 ヤニ 歯の汚れ 歯石  
歯茎が赤い はれている 時々出血する

(ビューティー)

歯の色 歯の形 歯のすき間 歯並び かぶせたものの色  
かぶせたものの形 歯ぐきの色 歯ぐきの形

6. 下記項目に関して、治療で重視されることを重要な順にお答えください。

- ① (耐久性) 装着するつめもの・かぶせもの・入れ歯などが、できるだけ長持ちすること
- ②(再発リスク) 治療した箇所のむし歯・歯周病が再発する可能性をできるだけ低くすること
- ③ (審美性) 自然に美しく見えること
- ④ (機能性) 天然歯のように、できるだけ違和感なく噛めること
- ⑤ (安全性) 金属アレルギーなどになりやすく、できるだけ身体にとって安全であること

①～⑤の中で重要な順で並べて下さい。

( )→( )→( )→( )→( )